

ALLEGATO 9**FACSIMILE DICHIARAZIONE RILASCIATA ANCHE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000**

(N.B. la presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000.

Non è ammessa la sostituzione dei certificati e delle dichiarazioni con fotocopie e duplicati non autenticati nelle forme previste dagli articoli 18 e 19 del D.P.R. n. 445/2000)



Spett.le
Consip S.p.A.
Via Isonzo, 19/E
00198 ROMA

DICHIARAZIONE ANCHE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 PER L'ACCORDO QUADRO RELATIVO ALLA FORNITURA DI FARMACI BIOLOGICI PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI - ID 1931

Il sottoscritt_ (nome e cognome) _____ nat_ a _____
Prov. ____ il _____ residente a _____ via/piazza _____
n. ____ Codice Fiscale _____ in qualità di _____
della società _____ ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni
mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più
corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della
presente dichiarazione il Concorrente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

DICHIARA

ai sensi dell'art. 85, del D.Lgs 159/2011 e s.m.i., di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Firma
